



T-HI0001



San Francisco Department
of Public Health

**Краткое уведомление
Департамента здравоохранения
Сан-Франциско о соблюдении
конфиденциальности в
соответствии с Законом об
отчетности и безопасности
медицинского страхования (HIPAA)
и подтверждение его получения**

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

Полное уведомление: Вы получили полное уведомление Департамента здравоохранения Сан-Франциско о соблюдении конфиденциальности в соответствии с Законом об отчетности и безопасности медицинского страхования (HIPAA). Ознакомьтесь с ним внимательно. Вы можете также найти его, перейдя по следующей ссылке: <https://www.sfdph.org/dph/comupg/oservices/medSvs/HIPAA/HIPAAsummaries.asp>.

На кого распространяются правила, изложенные в настоящем уведомлении: Правила распространяются на всех сотрудников Департамента здравоохранения (DPH), контрактных и аффилированных организаций, включая сотрудников, назначенных в DPH Университета Калифорнии в Сан-Франциско.

Вы имеете право: (Чтобы ознакомиться с возможными ограничениями, пожалуйста, прочтите «Полное уведомление о соблюдении конфиденциальности».)

- Требовать ознакомиться, прочесть, и/или получить копию вашей медицинской карты (возможно, платная услуга).
- Требовать исправления информации, содержащейся в вашей медицинской карте, которую вы считаете неверной.
- Требовать, чтобы информация о вашем здоровье не была разглашена определенным лицам.
- Требовать, чтобы ваша медицинская информация не была использована в определенных целях, например научно-исследовательских.
- Заказывать пересылку копий вашей медицинской карты кому-либо (возможно, платная услуга).
- Получать информацию о том, кто читал вашу медицинскую карту (по иным причинам, чем лечение, оплата и изменение программы).
- Уточнять, когда и каким образом сотрудники DPH могут с вами связаться.

DPH может использовать или раскрывать вашу медицинскую информацию в целях улучшения вашего лечения.

- Для улучшения качества оказываемой вам медицинской помощи информация о вашем здоровье может распространяться между лечебными учреждениями, включая информацию о вашем психическом здоровье, токсикомании, ВИЧ/СПИД, венерических заболеваниях (ЗППП) и об отклонениях в развитии.
- В некоторых случаях информация о состоянии вашего здоровья не может быть раскрыта без вашего предварительного согласия, как например, при получении медицинских услуг в наркологических клиниках.

В случае если вы считаете, что ваши права на сохранение конфиденциальности НЕ были соблюдены должным образом при получении услуг DPH, вы имеете право подать жалобу. В случае возникновения вопросов по поводу возможного (или уже имевшего место) распространения информации о состоянии вашего здоровья, пожалуйста, обратитесь к вашему лечащему врачу или в одну из следующих инстанций: (1) Секретариат отдела здравоохранения и социальных служб США, Бюро по гражданским правам, контактное лицо: Региональный менеджер, площадь ООН 50, офис 322, Сан-Франциско, Калифорния 94103 (2) Офис DPH по стандартам и конфиденциальной информации, Гроув Стрит 101, офис 330, Сан-Франциско, Калифорния 94102 или звонок по бесплатной линии 1-855-729-6040. Вы не будете подвергаться никаким санкциям за подачу жалобы.



T-NI0001



San Francisco Department of Public Health

**Краткое уведомление
Департамента здравоохранения
Сан-Франциско о соблюдении
конфиденциальности в
соответствии с Законом об
отчетности и безопасности
медицинского страхования (HIPAA)
и подтверждение его получения**

NAME

DOB

MRN

PCP

Patient ID / Addressograph

Я подтверждаю, что я получил(-а) «Полное уведомление Департамента здравоохранения Сан-Франциско о соблюдении конфиденциальности в соответствии с Законом об отчетности и безопасности медицинского страхования (HIPAA)».

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА/РЕЗИДЕНТА/ КЛИЕНТА ИЛИ ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		ДАТА
ФИО печатными буквами:	ЕСЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ, УКАЗАТЬ ХАРАКТЕР ОТНОШЕНИЙ:	ПЕРЕВОДЧИК, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО

ПЕРСОНАЛ / СВИДЕТЕЛЬ: Если письменное подтверждение НЕ было получено, пожалуйста, заполните следующее:

Не способен подписать Отказался подписать Другое (опишите):

ПОДПИСЬ СОТРУДНИКА- СВИДЕТЕЛЯ	ДАТА
ФИО печатными буквами:	ОТДЕЛ/ОРГ